N°. 131.

ESSAI

SUR L'ACCOUCHEMENT,

DANS LE CAS OU L'ENFANT PRÉSENTE LE BRAS;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de médecine de Paris, le 17 juillet 1829, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

PAR JOSEPH-PASCALIS DUGOUJON, de Moncrabeau,

Département de Lot-et-Garonne.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n° 13.

1829.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LANDRE-BEAUVAIS, Doyen.	Messieurs
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	DUMÉRIL.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN fils.
Histoire naturelle médicale	CLARION.
Pharmacologie	GUILBERT, *Suppléant.*
Hygiène	ANDRAL.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. ROUX, *Président.*
Pathologie médicale	FIZEAU. FOUQUIER.
Opérations et appareils	RICHERAND, *Examinateur.*
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT, *Examinateur.*
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	DESORMEAUX.
Clinique médicale	CAYOL. CHOMEL. LANDRÉ-BEAUVAIS. RÉCAMIER.
Clinique chirurgicale	BOUGON. BOYER. DUBOIS. DUPUYTREN, *Examinateur.*
Clinique d'accouchemens	DENEUX.

Professeurs honoraires.

MM DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, LALLEMENT, LEROUX, PELLETAN père, VAUQUELIN.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs
Arvers.	Gibert.
Baudelocque.	Kergaradec.
Bouvier.	Lisfranc.
Breschet.	Maisonabe.
Cloquet (Hippolyte).	Parent du Chatelet.
Cloquet (Jules).	Pavet de Courteille.
Dance.	Ratheau, *Examinateur.*
Devergie.	Richard, *Examinateur.*
Dubois.	Rochoux.
Gaultier de Claubry.	Rullier.
Gérardin.	Velpeau, *Suppléant.*
Gendy.	

Par délibération du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE,

ET

A MA MÈRE.

A MON FRÈRE.

J.-P. DUGOUJON.

ESSAI

SUR L'ACCOUCHEMENT,

DANS LE CAS OU L'ENFANT PRÉSENTE LE BRAS.

L'accouchement où l'enfant présente le bras a été regardé pendant long-temps comme le plus difficile de tous ceux qu'on termine avec la main, aussi les auteurs anciens ont-ils donné des préceptes divers plus ou moins contraires aux principes de l'art; mais depuis les travaux de *Solayrez* et de *Baudelocque*, depuis surtout que ce dernier a donné des règles précises pour terminer cet accouchement, tous les auteurs modernes sont d'accord sur ce point, tous regardent ce cas comme n'offrant pas plus de difficulté que toute autre espèce d'accouchement qui exige la version de l'enfant. Je dirai même que la sortie du bras est quelquefois avantageuse pour porter un diagnostic sûr, ce que je développerai plus bas.

Le bras peut se présenter seul à l'orifice de la matrice et descendre dans le vagin, ou se présenter en même temps que la tête, les pieds, les genoux ou toute autre partie. Je n'examinerai pas ici ces derniers cas; je dirai seulement qu'il suffit de repousser le bras, si on le peut; souvent il se retire par les seules contractions de la matrice, et l'accouchement se termine naturellement. Si on ne peut réussir à faire rentrer le bras, et s'il s'engage, par exemple, avec la tête dans l'exca-

vation du basin, de manière que l'accouchement ne puisse pas se terminer sans les secours de l'art, il faut appliquer le forceps sur la tête, comme si le bras n'y était pas. On agit de même dans tous les autres cas. Quant à l'accouchement où le bras sort seul le premier, j'en examinerai les causes, les signes, le diagnostic, le prognostic, la manière de le terminer, et les divers préceptes qu'on a donnés à ce sujet.

Causes. Les causes qui font que le bras du fœtus se présente le premier sont très-difficiles à déterminer, comme celles de toute position non naturelle. On admet cependant comme causes prédisposantes, la petitesse du fœtus, la grande quantité d'eau de l'amnios, l'obliquité de la matrice. Les causes occasionnelles peuvent être rapportées aux suivantes : les chutes, principalement celles qui portent sur le bassin ; les secousses fortes et souvent répétées, celles qu'on éprouve dans une voiture mal suspendues ; l'exercice du cheval. Les fortes émotions de l'âme peuvent aussi produire cette mauvaise situation. Une de ces principales causes est, l'enfant étant situé en travers, la saillie des épaules, et par là leur facilité à s'engager au détroit supérieur. Lorsque cela a lieu après la rupture des membranes, les eaux en s'écoulant entraînent dans leur chute le bras, qui se déploie sous l'épaule engagée. La plupart du temps on n'observe aucune cause ni prédisposante, ni occasionnelle ; aussi ne doit-on pas y ajouter plus d'intérêt qu'elles ne méritent. Ce qu'il y a de bien plus important, c'est de reconnaître le bras, lorsqu'il se présente, sans chercher à expliquer le fait par des suppositions gratuites et souvent futiles.

Signes. Le bras peut se présenter à l'orifice de la matrice avant la rupture de la poche des eaux, alors il est fort difficile et souvent même impossible de le reconnaître, soit parce que le fœtus est situé trop haut dans la matrice et qu'on peut à peine atteindre la partie qui se présente, soit à cause de la difficulté de la bien distinguer lorsqu'elle se présente enveloppée de membranes et environnée d'eau. D'ailleurs on doit être bien réservé avant l'écoulement des eaux, parce que sou-

vent on a vu que la contraction de la matrice faisait changer les parties de place ; de sorte qu'après avoir bien reconnu une partie avant la rupture des membranes, et après avoir jugé qu'on aurait à terminer un accouchement avec la main, on a trouvé après l'écoulement des eaux la tête se présentant dans une bonne position, et l'accouchement s'est terminé naturellement. Dans d'autres cas on reconnaît que le bras se présente, et qu'il ne change pas de place par les progrés du travail, mais qu'au contraire il s'engage davantage à mesure que le col se dilate. Malgré les signes caractéristiques de la main, qui sont la forme et les dimensions de ses faces dorsales et palmaires, la longueur, l'inégalité et la demi-flexion des doigts, il faut attendre, pour se prononcer définitivement, la rupture des membranes. Alors il n'existe pas de difficulté si le bras s'engage, se déploie et présente la main de manière qu'on puisse bien la toucher et souvent la voir à l'orifice de la vulve ; mais il peut arriver que le bras étant plié et à peine engagé à l'orifice de la matrice, on soit fort embarrassé pour savoir si c'est le bras ou la jambe qu'on touche, quoique cela soit, en général, facile à reconnaître. L'embarras peut surtout exister pour distinguer le bras droit du gauche, et pour savoir qu'elle est la main qu'il faut introduire. Sous ce rapport, je dis qu'il serait plus avantageux que le bras sortît, parce qu'alors on verrait de suite le bras qui se présente, et l'indication qu'il y a à remplir.

Diagnostic. On reconnaît facilement le bras qui s'engage dans le vagin, surtout si la main paraît à la vulve ; mais cela ne suffit pas ; c'est même peu que de savoir que c'est le bras qui se présente plutôt que toute autre partie qui exigerait l'emploi de la main pour terminer l'accouchement ; mais ce qui est très-utile et même indispensable pour porter un diagnostic sûr, et pour manœuvrer avec le plus d'avantage possible, c'est de bien distinguer la main droite de la gauche, et de bien reconnaître leurs positions, parce que cela une fois bien déterminé, on sait de suite la situation de l'enfant, et avec quelle main il faut agir pour en faire la version.

Je vais tacher de décrire, avec le plus de soin possible, les deux premières positions du bras, parce que toutes les autres doivent être rapportées à ces deux; mais avant, j'établirai en principe, que quelque soit la position du fœtus dans l'utérus, si le bras et la main ont leur direction naturelle, toujours leur face palmaire répond à la face antérieure de l'enfant, la dorsale à la postérieure, le pouce à la tête, et le petit doigt aux membres inférieurs. Cela posé, si on rencontre une position du bras où le pouce soit tourné en haut et vers l'aine gauche de la mère, et le petit doigt en bas et vers la tubérosité ischiatique droite, la face palmaire regardant la cuisse gauche et la dorsale la droite, on doit conclure positivement que la tête du fœtus répond à la cavité cotyloïde gauche, et les pieds à la symphyse sacro-iliaque droite; que le dos du fœtus est tourné vers la cavité cotyloïde droite, et l'abdomen vers la symphyse sacro-iliaque gauche, et que c'est la première position du bras droit; il faut donc introduire la main droite et réduire l'enfant à la première position des pieds.

Si le pouce est en haut vers l'aine gauche, le petit doigt en bas et vers la tubérosité ischiatique droite, la face palmaire vers la cuisse droite et la dorsale vers la gauche, le fœtus est bien placé diagonalement, la tête vers la cavité cotyloïde gauche et les pieds vers la symphyse sacro-iliaque droite; mais sa face antérieure regarde la cavité cotyloïde droite, et la postérieure la symphyse sacro-iliaque gauche; c'est la première position du bras gauche qu'il faut réduire à la seconde des pieds avec la main gauche.

Si on trouve à la sortie du bras le pouce en haut et vers l'aine droite, le petit doigt en bas et vers la tubérosité ischiatique gauche, la face palmaire contre la cuisse gauche de la femme, et la dorsale contre la droite, c'est la seconde position du bras droit. La tête est donc vers la cavité cotyloïde droite, et les pieds vers la symphyse sacro-iliaque gauche; la partie antérieure du fœtus regarde le pubis de la mère, et la postérieure le sacrum. Il faut introduire la main droite, et réduire à la première position des pieds.

Si le pouce est en haut et vers l'aine droite, le petit doigt en bas et

vers la tubérosité ischiatique gauche, la paume de la main contre la cuisse droite, le dos contre la gauche, la tête répond à la cavité cotyloïde droite, les pieds à la symphyse sacro-iliaque gauche; mais la face antérieure du fœtus regarde le sacrum de la mère, la postérieure le pubis : c'est donc la seconde position du bras gauche, qu'il faut réduire à la seconde des pieds avec la main gauche ; dans tous les cas on pelotonne le fœtus sur sa face antérieure.

Quant aux deux autres positions diagonales, elles sont plus rares que celles que je viens de décrire. Lorsqu'on les rencontre, on les reconnaît à la direction du pouce et du petit doigt : le premier est dirigé vers la partie inférieure de la vulve, et le second vers la supérieure. Pour distinguer la troisième et la quatrième positions, on examine si le pouce se porte vers la tubérosité ischiatique droite ou gauche. On reconnaît la troisième position de la main droite, quand sa face palmaire regarde la cuisse droite de la femme, et réciproquement pour la main gauche. On opère de la main droite dans le premier cas, et de la gauche dans le second. Dans la quatrième position, les faces palmaires et dorsales ont la même direction.

La position transversale du fœtus, admise par *Baudelocque* et par madame *Lachapelle*, a été peu observée; mais si on la rencontrait, il serait facile de la distinguer, et on la réduirait à la première ou à la seconde de celles que j'ai décrites.

Quant à la position antéro-postérieure, elle n'a jamais été observée, et je dis qu'elle ne peut pas exister; car la tête, tournée en arrière, ira se poser sur la colonne vertébrale: mais deux corps ronds placés l'un sur l'autre ne se touchent que par un seul point et ne peuvent rester en équilibre, donc la tête ne pourra rester sur la colonne vertébrale, elle tombera par côté, et la direction du fœtus deviendra oblique. Il en est de même lorsque la tête du fœtus regarde en avant; comme il est ployé sur sa face antérieure, le dos forme un corps rond qui ne peut rester sur la colonne vertébrale.

J'ai supposé que le bras sorti était dans son attitude naturelle; s'il n'y était pas, on l'y réduirait, s'il était possible; sinon on introdui-

rait le doigt le long du bras, on irait reconnaître le creux de l'aisselle et les côtes, ou le moignon de l'épaule et le cou ; on porterait son diagnostic d'après leur position : on peut aussi s'aider de ce moyen lorsque le bras est dans sa position naturelle.

La sortie prématurée du bras peut être accompagnée de tous les accidens qui compliquent l'accouchement naturel, et qui exigent les secours de l'art. Dans ce cas, on ne fait pas attention au bras, et on se comporte d'après les indications qu'exigent ces accidens.

Prognostic. Le prognostic est toujours plus ou moins grave lorsque le bras se présente. Dans ce cas, comme dans tout accouchement où la version est nécessaire, on ne peut promettre la vie de l'enfant ; cependant, si on est appelé avant la rupture des membranes ou sitôt après que les eaux se sont écoulées, on peut espérer de sauver l'enfant, qui risque d'autant plus qu'on met plus de retard à terminer l'accouchement. Le prognostic est encore plus grave si on trouve les parties génitales et la matrice irritées par de fausses manœuvres, telles que l'introduction répétée de la main dans le vagin, et surtout les tractions sur le bras, qui auront engagé l'épaule dans le col de la matrice. Celle-ci, en se contractant sur le fœtus, peut comprimer le cordon ombilical et intercepter la circulation de la mère à l'enfant. Si les choses restent long-temps dans cet état, il est rare d'avoir l'enfant vivant.

Quant à la mère, la terminaison de l'accouchement n'est pas sans danger ; il est d'autant plus grand que le travail dure depuis plus de temps, à cause de la faiblesse qui en résulte et des pertes dont il est presque toujours accompagné. Dans ce cas, après de longues manœuvres, il arrive souvent qu'à peine délivrée la femme expire. Si elle n'est pas affaiblie, et si on trouve la matrice très enflammée, le prognostic est très-grave, à cause de la rigidité du col de l'utérus et de ses fibres, qui exige de violens efforts pour pénétrer dans sa cavité ; et alors on est exposé à rompre les connexions du vagin et de l'utérus, et même à perforer ce dernier, et à porter sa main dans la

cavité de l'abdomen. Il s'ensuit presque toujours une métro-péritonite, qui est souvent mortelle.

Il existe un grand nombre d'autres accidens, tels que la mauvaise conformation de la femme, l'hémorrhagie, les convulsions, l'apoplexie, la syncope, etc. etc., qui peuvent encore rendre le prognostic plus grave pour la mère et pour l'enfant. Comme ces complications ne tiennent pas spécialement à la présence du bras, je ne m'y arrêterai pas davantage.

Indication à remplir. L'indication à remplir varie selon qu'on est appelé avant l'écoulement des membranes ou après. Dans le premier cas il n'y a rien à faire, d'abord à cause de la difficulté de bien distinguer le bras, ensuite parce que même, quand on le reconnaît, on doit espérer qu'il sera déplacé par les contractions utérines, et que l'accouchement se terminera naturellement. Cependant madame *Lachapelle* recommande dans ce cas de ne pas attendre la rupture des membranes; mais sitôt que le col est assez dilaté ou assez dilatable pour laisser passer la main de l'accoucheur, elle veut qu'on l'introduise jusqu'au fond de la matrice, qu'on y rompe les membranes et fasse de suite la version, qui est alors de la plus grande facilité; c'est ce que lui a appris sa pratique à la maison d'Accouchemens de Paris. Mais en général, et surtout en province, les médecins n'ont pas assez l'habitude des accouchemens manuels pour agir dans un cas où rien ne presse, et où l'on peut espérer que l'accouchement se terminera naturellement; il est rare aussi qu'on soit appelé assez vite pour choisir le moment opportun pour agir d'après les préceptes de la savante sage-femme que j'ai citée. Pour faire la version de l'enfant, il faut donc attendre qu'on y soit forcé, de peur qu'en voulant être utile on ne soit nuisible.

Aussitôt que les eaux se sont écoulées, et que le bras sort de la matrice, il faut agir, et la seule chose à faire c'est la version. Je vais décrire la manœuvre d'une position, parce que toutes les autres peuvent y être rapportées. Avant de commencer cette manœuvre, on doit atta-

cher un lacs sur le bras sorti, non pour l'empêcher de rentrer dans la matrice pendant la version (ce qui a toujours lieu), mais pour éviter les accidens d'une mauvaise situation. Il faut le tenir parallèle au tronc du fœtus, de peur qu'il ne s'arcboute contre quelque point du bassin, ou qu'il ne croise la nuque, et qu'ainsi il n'apporte de grandes difficultés dans la terminaison de l'accouchement. Il sert à faire des tractions sur le tronc et à le diriger dans la rotation qu'on lui fait exécuter. On s'épargne encore la peine de dégager l'épaule correspondante, ce qui est quelquefois fort pénible.

La femme étant bien située, le lacs appliqué, la position du fœtus bien déterminée, on introduit dans l'utérus, le plus doucement possible, la main qui doit aller chercher les pieds, d'après les principes généralement connus. Dans la première position du bras droit, les pieds se trouvent vers la symphyse sacro-iliaque droite, il faut donc introduire la main droite de ce côté jusqu'au fond de la matrice. Pour cela, la main ayant franchi le col de l'utérus, repousse tout doucement les épaules vers le côté droit de la femme, et longe le tronc du fœtus; arrivée sur les fesses, elle les saisit et tire dessus pour faire tourner le tronc du fœtus de droite à gauche. De la main gauche, placée sur l'hypogastre, on pousse la tête, qui répond à la cavité cotyloïde gauche vers la fosse iliaque droite. Ainsi les fesses étant ramenées au détroit supérieur, on trouve facilement les pieds placés sur la partie supérieure des cuisses : on les dégage en commençant par celui qui est en arrière; attiré dans le vagin, on le saisit avec la main gauche ou avec un lacs pour l'empêcher de rentrer, pendant qu'on va dégager l'autre. Alors on tire sur les deux et sur le lacs attaché au bras, et on termine l'accouchement d'après les principes donnés par les auteurs pour la première position des pieds, en ayant grand soin de tenir le bras sorti parallèle au corps du fœtus.

Complications. Le cas que je viens de décrire est le plus naturel et le plus facile qu'on puisse rencontrer; mais il est bien rare qu'il n'y

survienne quelque complication, et la plus ordinaire est la contraction et la rigidité du col de l'utérus et de son corps. Cet accident est dû, non comme le pensaient les anciens, à la présence du bras seulement, mais le plus souvent aux tractions qu'on a faites sur le bras sorti, aux introductions plus ou moins répétées de la main dans le vagin et dans la matrice pour terminer l'accouchement. Dans un cas semblable, il ne faut pas essayer de délivrer la femme, parce que cela est impossible ; mais si la femme est forte et pléthorique, on pratique une saignée et on donne un bain général. Si elle est trop faible pour supporter une telle médication, on expose ses parties génitales à la vapeur d'une eau chargée de médicamens émolliens, on fait des injections dans le vagin avec cette même eau ; on applique des cataplasmes et des fomentations émolientes sur le bas-ventre et les parties génitales ; on donne encore une potion antispasmodique et un lavement laudanisé. Il est rare qu'après ce traitement on ne réussisse pas à terminer l'accouchement. Je pourrais citer un grand nombre d'observations prises dans les auteurs, mais je me contenterai d'en rapporter deux qui m'ont été données par MM. *Bazignan* et *Desales*, prosecteurs de M. *Capuron*.

Ire. OBSERVATION (*de sortie prématurée du bras vingt et une heures avant l'accouchement, par* M. BAZIGNAN.)

Madame R., demeurant rue des Arcis, n°. 16, âgée de vingt-quatre ans, bien conformée, d'une taille moyenne, forte et vigoureuse, enceinte pour la première fois, était parvenue au terme de la gestation sans éprouver la moindre incommodité ; seulement elle avait fait une chute huit jours avant l'accouchement, et elle n'avait pas senti remuer son enfant depuis cinq jours ; tout faisait présumer une délivrance heureuse, lorsque le 29 mars 1829, à neuf heures du matin, les douleurs, préludes de l'accouchement, se firent sentir ; elles augmentèrent successivement en fréquence et en intensité jusqu'à dix heures du soir, époque à laquelle la poche des eaux se rompit ; elles s'écoulèrent, et

un bras parut à la vulve. L'accoucheur qui donnait des soins à la dame se contenta de le faire rentrer dans le vagin, croyant probablement que c'était la seule indication à remplir. Pensant que l'accouchement pourrait se terminer malgré la mauvaise situation de l'enfant, il fit prendre un bain, promener la dame, et passa la nuit et la journée du lendemain 30 auprès d'elle dans l'espoir sans cesse renaissant, mais toujours déçu, d'une délivrance prochaine. Les parens, fatigués d'attendre et de voir souffrir la femme, demandèrent du secours; M. *Bazignan* fut mandé à trois heures; mais il ne put s'y rendre qu'à cinq. Il trouva la malade couchée sur un lit de sangle, en supination, ne pouvant s'asseoir; elle était très-souffrante; la figure était pâle, les yeux enfoncés, entourés d'un cercle bleuâtre, la soif grande, la faim nulle, la respiration fréquente, le pouls précipité et plein, la peau halitueuse, le ventre douloureux dans toute l'étendue de la matrice. Les douleurs ne reparaissaient qu'à de grands intervalles, et, d'après le rapport de la dame, elles n'étaient ni très-intenses, ni expultrices. Elle était convaincue qu'il existait un obstacle qu'elle ne pouvait surmonter, et demandait instamment qu'on la délivrât. Le lit ayant été préparé, et Madame R. convenablement placée, M. *Bazignan* se mit en devoir de la délivrer. Il déploya le membre que l'accoucheur avait fait rentrer dans le vagin, et à l'aide de la main il s'assura facilement de la situation de l'enfant dans la cavité de la matrice. Le membre thoracique ayant été convenablement placé, il trouva que le petit doigt était dirigé vers la cavité cotyloïde droite et le pouce vers la symphyse sacro-iliaque gauche; ainsi les pieds répondaient en avant et à droite, et la tête en arrière et à gauche. La face palmaire était tournée en arrière et à droite, et la face dorsale en avant et à gauche; le dos du fœtus correspondait donc au pubis, et le ventre au sacrum. Il fut ainsi évident pour M. *Bazignan* que le côté droit se présentait au détroit supérieur, le bras placé dans la quatrième position admise par M. le professeur *Capuron*. En conséquence, il introduisit la main droite avec les précautions et la douceur que le cas demandait. Mais il appliqua préalablement un lacs au-dessus du poignet pour pou-

voir, la version étant faite et les membres abdominaux dégagés, amener le bras et le tenir parallèle au tronc. La main pénétra facilement à travers le conduit vulvo-utérin, et franchit sans obstacle le col de la matrice. Il s'échappa aussisôt de cet organe de la sérosité sanguinolente, et une grande quantité de gaz d'une fétidité repoussante et avec un certain bruit. Les parois utérines, revenues sur elles-mêmes et fortement appliquées sur l'enfant, ne lui permirent pas d'aller jusqu'aux pieds. Il sentit sa main s'engourdir. Il borna là ses tentatives, persuadé qu'il ferait plus de mal que de bien s'il ne combattait auparavant l'état d'érétisme où se trouvait la matrice. Il remit la dame dans son lit, pratiqua une saignée de trois palettes, et il la mit immédiatement après dans un bain où elle resta une heure et demie. A sept heures, M. *Bazignan* recommença l'opération; elle fut longue, douloureuse pour la patiente, et pénible pour lui; il lui fut impossible d'atteindre, avec la main correspondante au côté, les pieds de l'enfant; les jambes, fléchies sur les cuisses, étaient appliquées sur l'abdomen du fœtus, et se trouvaient vers la fosse iliaque droite; c'était donc la main la plus voisine de ces extrémités (la main gauche) qui pouvait réussir, et elle eut tout le succès qu'il s'en était promis; mais il eut la plus grande difficulté à refouler en arrière l'extrémité supérieure du tronc, ce ne fut qu'à force de temps et de patience qu'il put l'obtenir. Le reste de l'opération fut prompt et facile. Le bras, conjointement avec le tronc, franchit les détroits et l'excavation pelvienne sans la moindre difficulté; la tête seule opposa quelque résistance.

L'enfant était mort depuis quelque temps. L'odeur fétide qui s'exalait de la vulve, l'aspect des matières qui s'en écoulaient, les gaz qui en sortaient avec bruit, joints aux circonstances de la chute ou au défaut absolu des mouvemens du fœtus depuis cinq jours, rendaient la mort sinon certaine, du moins vraisemblable.

La malade fut confiée aux soins de son médecin, et elle succomba le deuxième jour aux progrès d'une métro-péritonite.

II^e. OBSERVATION (*par* M. DESALES.)

Le 30 mars 1829, M. *Desales* fut mandé pour remplacer M. le professeur *Capuron* auprès d'une dame en travail, demeurant rue Saint-Louis, île Saint-Louis. Arrivé chez la malade, son médecin lui dit l'avoir déjà accouchée une fois très-heureusement; que cette fois le bras de l'enfant se présentant hors de la vulve, il avait tenté deux ou trois fois de pratiquer la version, ce qu'il n'avait pu exécuter; qu'alors il avait jugé convenable de recourir aux lumières du professeur déjà nommé.

Les douleurs avaient commencé à se manifester depuis l'avant-veille au matin; elles avaient été en augmentant jusqu'au moment de l'écoulement des eaux, qui s'était effectué trente-six heures avant, dans les recherches qu'il avait faites pour reconnaître la partie de l'enfant qui se présentait. Depuis ce temps les douleurs avaient entièrement disparu, et la femme en était effectivement exempte lorsque M. *Desales* arriva auprès d'elle. Il trouva le bras gauche de l'enfant se présentant en première position; le pouce était en haut, dirigé vers la cavité cotyloïde gauche; le petit doigt en bas, vers la symphyse sacro-iliaque droite; la face palmaire à droite, la dorsale à gauche. Les parties génitales externes étaient très-gonflées, leur chaleur et leur sensibilité étaient plus grandes que dans l'état ordinaire. L'abdomen n'était nullement douloureux, le pouls était bon, et la femme dans un état de calme.

Avant de procéder à l'accouchement, M. *Desales* annonça qu'on ne pouvait compter sur la vie de l'enfant.

La femme étant convenablement située, et le bras fixé avec un lacs, il introduisit la main gauche assez facilement jusqu'à l'orifice de la matrice, qu'il trouva tellement contracté qu'il lui fut impossible de le franchir; il retira alors la main, et fit diriger des fumigations d'eau tiède vers les parties génitales de la femme, et la fit plonger dans un bain dans lequel elle resta demi-heure. Après cette médication, le gonflement des

parties génitales externes, leur chaleur et leur sensibilité furent bien diminués. Ayant pris les précautions décrites plus haut, M. *Desales* procéda de nouveau à la version de l'enfant. Sa main gauche portée dans le vagin, et arrivée à l'orifice de l'utérus, il éprouva encore de la difficulté pour le franchir, cependant il la surmonta; alors il longea, après avoir repoussé dans la fosse iliaque gauche le tronc du fœtus, sa partie latérale gauche et postérieure, ce qu'il ne put faire que lentement et avec difficulté, la matrice se contractant avec tant de force sur sa main qu'elle était dans un état d'engourdissement. Parvenu enfin sur les lombes, il trouva un pied, qu'il accrocha; il tira fortement dessus. Après l'avoir fixé avec un lacs, il fit venir l'enfant jusqu'aux hanches sans avoir besoin de porter de nouveau la main dans la matrice pour aller chercher le second pied, qu'il lui fut facile de dégager. Les deux pieds sortis, il tira sur eux et sur le lacs attaché au bras; il fit venir facilement l'enfant jusque aux épaules, la postérieure se trouva dégagée, l'antérieure le fut facilement. Il fut obligé de se servir de forceps pour retirer la tête, ce qui fut l'affaire d'un instant.

Il opéra la délivrance peu de temps après; cette opération dura en tout vingt minutes, ou une demie-heure au plus.

L'enfant était mort, et présentait autour de l'épaule un anneau circulaire de couleur noirâtre, qui avait été opéré par la constriction du col de l'utérus sur ce point.

La femme eut des suites de couches très-heureuses, et elle ne présenta rien de remarquable pendant tout ce temps. Cet accouchement a été terminé en présence de M. le professeur *Colombe*.

Il est des cas où, le bras étant dans une situation forcée, on peut se tromper sur le choix de la main à introduire dans l'utérus, si les eaux viennent de s'écouler, et si la matrice n'est pas encore contractée sur le fœtus, on peut opérer avec une main, quelle qu'elle soit, parce qu'il est facile alors de faire la version dans tous les sens. Si la matrice est déjà revenue sur elle-même, il faut agir avec la main homonyme au bras sorti, et malgré cela l'accouchement est sou-

vent bien dificile : aussi on doit se rappeler que le moment le plus opportun pour terminer l'accouchement est celui où les membranes viennent de se rompre ; et plus on tardera, plus il y aura de danger pour la mère et l'enfant, plus on aura de difficulté pour agir, et même l'accouchement pourra devenir impossible.

Il peut arriver qu'on soit appelé pour accoucher une femme dont les forces sont entièrement épuisées par la longueur du travail, ou par les mauvaises manœuvres auxquelles elle a été soumise, et qu'en même temps la mort du fœtus soit certaine. Dans un pareil cas il n'y a rien à faire, non que l'accouchement soit difficile ; car la matrice, étant tombée dans l'inertie, ne se contracte plus sur le fœtus et n'oppose plus aucun obstacle à l'introduction de la main de l'accoucheur, et à la manœuvre qu'il est obligé de faire pour extraire l'enfant, mais parce que la mère expire pendant l'opération ou bientôt après, c'est ce qui est arrivé plusieurs fois à M. *Capuron*, qui en rapporte des observations dans son excellent Traité d'accouchemens.

Maintenant que j'ai fait l'histoire du cas que je m'étais proposé, et que j'ai indiqué le seul traitement aujourd'hui admis par tous les accoucheurs, je vais examiner les préceptes donnés par divers auteurs, et faire voir qu'ils sont tous plus ou moins contraires aux vrais principes de l'art.

Évolution spontanée. Denman, accoucheur anglais, rapporte une trentaine d'accouchemens où l'enfant présentait l'épaule avec ou sans procidence du bras, et qui se sont terminés par les seules forces de la nature. Madame *Lachapelle* en cite une vingtaine. Malgré ces observations, peut-on conclure avec l'auteur anglais que l'accouchement peut se terminer naturellement, et qu'il ne faut jamais y apporter du secours, de peur de déranger la marche de la nature. Je pense que les conclusions doivent être toutes contraires, car sur les trente observations de *Denman*, trois enfans seulement sont venus vivans, et encore étaient-ils très-faibles et presque abortifs. Il en était de même de ceux que madame *Lachapelle* a vu naître ; et dans la plupart des

cas les femmes sont mortes pendant ou après l'accouchement. Je ne doute pas que si l'auteur anglais eût terminé l'accouchement il n'eût sauvé la vie à beaucoup d'enfans et de femmes. Quant aux malades de madame *Lachapelle*, elles n'ont pas été abandonnées aux seules forces de la nature ; mais ayant essayé inutilement toute espèce de manœuvre pour les délivrer, et laissant reposer les malades, il est arrivé que l'accouchement s'est terminé naturellement par un dernier effort de la matrice, au moment où la femme expirait et quelquefois après la mort. Quoique l'évolution spontanée puisse avoir lieu, l'illustre sage-femme qui l'a observé ne conseille pas d'y avoir recours, mais au contraire d'opérer, comme je l'ai dit, avant la rupture de la poche des eaux.

Des tractions sur le bras. On a conseillé de faire des tractions sur le bras sorti pour faire sortir l'enfant en double ; mais une telle manœuvre ne peut réussir que lorsque le fœtus n'est pas à terme, car par ces tractions la tête franchit l'orifice de l'utérus, et traverse la filière du bassin en même temps que le corps, ce qui est entièrement impossible lorsque l'enfant a sa grosseur ordinaire, même en supposant le bassin très-large. Il existe cependant des observations où l'enfant est venu en double, mais il n'était pas à terme, ou il était très-petit et le bassin très-large, et encore on avait beaucoup de peine pour terminer un tel accouchement ; tel est le cas rapporté par le frère de *Baudelocque.*

Du refoulement du bras. Tous les anciens accoucheurs conseillaient de faire rentrer le bras dans l'utérus, parce qu'ils pensaient qu'il était un obstacle à l'introduction de la main et à la sortie du fœtus. Mais si le bassin de la femme a sa largeur naturelle, si le col utérin se dilate au point de permettre la sortie de la tête et des fesses, le bras de l'enfant même tuméfié, et la main de l'accoucheur même fort grosse, pourront traverser ces conduits, puisqu'ils n'ont jamais autant de volume que la tête : on peut donc toujours introduire la main dans la

matrice sans faire rentrer le bras. Cette manœuvre, loin d'être utile, est au contraire nuisible; car dans le cas où l'on éprouve de la difficulté pour pénétrer dans la matrice, elle n'est pas due à la sortie du bras, mais à l'irritation et à la contraction de la matrice, qui se moule sur le fœtus. L'accoucheur introduira plus facilement sa main seule dans la cavité de l'utérus que s'il y repousse en même temps le bras de l'enfant; il la violentera donc moins, et sera moins exposé à la rompre. D'ailleurs, lors même qu'on fait rentrer le bras, on n'opère pas plus facilement; au contraire, si la matrice est contractée sur le fœtus, la rentrée du bras en remplit plus la cavité, et la main de l'accoucheur est plus gênée pour agir.

Quant aux procédés particuliers pour faire rentrer le bras, recommandés par divers auteurs, je ne les discuterai pas, parce qu'ils sont tous inutiles, et même il y en a qui sont nuisibles : tels sont la béquille inventée par *Burton;* le procédé de *Dionis*, qui appuyait directement sur l'épaule et le bras; les pincemens sur le bras sorti, recommandés par *Deventer;* et enfin *Charles De Saint-Germain*, qui mettait un morceau de glace dans la main du fœtus, pour qu'il la retirât de lui-même.

Refoulement du tronc pour faire présenter les fesses. Quelques auteurs ont conseillé de repousser, en même temps que le bras, tout le corps du fœtus, jusqu'à ce que les fesses se présentent d'elles-mêmes. Ce procédé, impossible lorsque l'utérus est contracté sur le fœtus, est dangereux pour l'enfant, dont on contond nécessairement les parties sur lesquelles on appuie; et pour la mère, dont on s'expose à rompre la matrice, et surtout ses connexions avec le vagin. Il est donc bien plus avantageux et plus facile, si on peut introduire la main dans la matrice, de faire la version en tirant sur les pieds, qu'en repoussant l'extrémité supérieure.

Refouler le tronc pour attirer la tête. On a encore conseillé de repousser les épaules et d'attirer la tête au détroit supérieur. Cette manœu-

vre, comme la précédente, impossible quand l'utérus est contracté et comme moulé sur le fœtus, est toujours très-pénible, à cause de la difficulté qu'il y a à saisir la tête, et à la placer convenablement pour que l'accouchement puisse se terminer naturellement. Supposé que la tête soit réduite à une bonne position, elle peut se déranger facilement, et on est obligé de la replacer ou de faire la version. La femme peut être épuisée par la longueur du travail, et la matrice peut tomber dans l'inertie. Dans ce cas la version est indispensable. D'après toutes ces circonstances, il vaut mieux recourir de suite à cette manœuvre, plutôt que de refouler, soit le bras pour aller chercher les pieds, soit les épaules pour faire engager les fesses ou la tête. Alors l'accouchement, supposé qu'il pût se terminer, serait toujours plus long, et par conséquent plus dangereux pour la mère et pour l'enfant.

Procédé de Peu. *Peu* a conseillé de porter un lacs autour de la partie inférieure du tronc du fœtus. Pour cela il a inventé un crochet mousse, fenêtré, qu'on doit porter dans la matrice sur un des côtés du fœtus, tandis qu'on passe une main sur l'autre partie, où l'on vient saisir le lacs, dont on a fait passer un bout dans l'ouverture du crochet, et ainsi le fœtus est pris dans une anse du lacs; on tire ensuite sur le lacs, et d'une main introduite dans l'utérus on repousse les épaules et la tête, et par cette manœuvre on fait la version de l'enfant.

Peu ne dit pas que son procédé ait été mis en usage. Mais qui ne voit la difficulté, même dans le cas où la matrice ne serait pas contractée; et, si elle l'était, l'impossibilité de l'employer. Ce ne serait pas même sans danger qu'on repousserait les épaules vers le fond de la matrice; aussi ne peut-on pas mettre un tel procédé en parallèle avec la version faite d'après les principes de l'art.

Procédé de Deleurie. *Deleurie* a conseillé, dans le cas d'un bras sorti lorsque la matrice était contractée sur le fœtus, au point de ne pou-

voir y introduire la main, de saisir l'autre bras et de l'attirer au dehors. Cette manœuvre fait changer l'enfant de place. La main peut plus facilement pénétrer jusqu'aux pieds.

Ce procédé, en général impraticable, est toujours inutile; car, comme dit *Baudelocque*, si on peut introduire la main pour dégager le second bras, on peut aller chercher les pieds. M. *Velpeau* dit que cette proposition n'est pas toujours vraie, parce que le bras peut se trouver près de l'orifice de l'utérus; on peut donc le dégager et rendre l'accouchement plus facile. Je conçois que dans ce cas on peut dégager le bras, mais je ne crois pas que l'accouchement soit plus facile; d'abord, parce que les deux bras peuvent rendre l'introduction de la main dans la matrice sinon impossible, du moins difficile; ensuite, en dégageant le second bras et en tirant dessus, on change la position de l'enfant, on irrite davantage la matrice, elle se contracte plus fort, elle met donc plus d'obstacle à l'introduction de la main.

Des scarifications sur le bras. Dans le cas où le bras sorti est tuméfié, il y a des auteurs qui ont conseillé de faire des scarifications pour le dégorger; mais nous avons déjà vu que le bras, quelque gros qu'il soit, n'est jamais un obstacle à l'introduction de la main dans la cavité de la matrice : il est donc inutile et dangereux de faire des scarifications sur ce membre.

Amputation du bras. Il y a eu des accoucheurs célèbres qui ont conseillé d'arracher le bras par des torsions, ou de l'amputer le plus haut possible avec des tenailles incisives, dans les cas où ils trouvaient beaucoup de difficultés. La plupart de ces auteurs n'ont cependant donné de tels préceptes que dans le cas où le fœtus était mort. Mais les signes de la mort sont si incertains, comme l'expérience l'a prouvé un si grand nombre de fois, qu'on ne doit jamais faire cette opération par cette seule raison.

Pour recommander une telle opération, on a voulu aussi s'appuyer sur l'observation, et l'on a dit que, dans des accouchemens où le

bras se présentait, et qu'on ne pouvait terminer en employant les moyens ordinaires, on avait arraché ou amputé le bras, et qu'on n'avait plus éprouvé de difficultés pour terminer l'accouchement. Dans ces cas, on n'a point assez tenu compte de l'état de la femme; et je crois que la facilité qu'on a trouvée pour pénétrer dans la matrice et faire la version ne tenait pas à l'absence du bras, mais plutôt aux efforts qu'on avait faits pour l'arracher, efforts qui avaient pu produire des déchirures de la matrice et de son col, et qui surtout avaient affaibli la femme, déjà fatiguée par la longueur du travail et les manœuvres auxquelles elle avait été soumise. Dans ces cas, si on eût observé plus attentivement la malade, on eût certainement trouvé une inertie de la matrice, et bien mieux expliqué la facile et prompte terminaison de l'accouchement.

Si on m'objectait, comme on le fait souvent, l'autorité de grands accoucheurs et chirurgiens qui ont recommandé cette opération; je ne répondrais pas en citant l'autorité d'un plus grand nombre qui l'ont blâmée, mais par l'expérience, qui a prouvé que cette opération était toujours inutile et souvent nuisible. J'ajouterai que, lorsqu'une erreur a échappé à quelque grand maître, et que les progrès de la science en ont prouvé l'évidence et l'ont fait disparaître, je ne pense pas que, si quelqu'un venait à commettre cette erreur, il voulût s'appuyer de l'autorité de cet auteur pour s'excuser. Par exemple, si un chirurgien amputait un testicule dans l'opération de la hernie inguinale, irait-il dire qu'*Ambroise Paré* agissait ici? Je cite exprès ce cas, parce que, pendant long-temps, on a conseillé l'amputation du bras de l'enfant d'après l'autorité de ce grand maître.

Section du col. Dans les cas extrêmes, où la mort de l'enfant était certaine et la version impossible, on a conseillé la section du col, l'extraction du corps, en tirant sur le bras, et puis celle de la tête. On a aussi recommandé l'embryotomie; mais pour que de telles opérations fussent pratiquables, il faudrait que la matrice ne fût pas

contractée sur le fœtus, car autrement il est impossible d'introduire, soit des ciseaux, soit un crochet tranchant, ou tout autre instrument dans l'utérus sans le blesser, ainsi que les parties environnantes. Pour pouvoir opérer de la sorte, il faut donc relâcher la matrice; mais alors il est bien plus facile et moins dangereux de faire la version que d'extraire l'enfant par morceaux.

Si le bassin était mal conformé, il faudrait bien faire l'embryotomie. Dans ce cas, on ne doit pas prendre le bras en considération, mais bien l'état de la femme et du fœtus; car si la difformité du bassin était si grande qu'elle s'opposât à l'embryotomie, il faudrait pratiquer l'opération césarienne, plutôt que de laisser périr la femme sans lui apporter du secours. Mais de telles complications sont hors du sujet que je traite; je me contente donc de les avoir énoncées.

Que dirai-je des préceptes donnés par le docteur *Robert Lee*, accoucheur anglais, qui, pour ménager la mère, « sépare le bras du corps, perfore le thorax, fixe un crochet sur le bassin ou la partie inférieure de l'épine du fœtus, et, à l'aide de tractions suffisantes, entraîne ainsi l'enfant, et n'occasionne ni déhirures ni contusions dans les parties sexuelles de la femme. » De tels préceptes sont trop contraires aux principes de l'art et trop dangereux pour pouvoir être soutenus et mis en parallèle avec la version la plus douloureuse et la plus compliquée.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI

(*edente* PARISET).

I.

Cùm morbus in vigore fuerit, tunc vel tenuissimo victu uti necesse est. *Sect.* 1, *aph.* 8.

II.

Senes facillimè jejunium ferunt; secundò ætate consistentes, minimè adolescentes, omnium minimè pueri; ex his autem, qui inter ipsos sunt alacriores. *Ibid.*, *aph.* 13.

III.

Morborum acutorum non omninò tutæ sunt prædictiones, neque mortis, neque sanitatis. *Sect.* 2, *aph.* 19.

IV.

Duobus doloribus simul obortis, non in eodem loco, vehementior obscurat alterum. *Ibid.*, *aph* 6.

V.

Frigida velut nix, glacies, pectori inimica, tusses movent, sanguinis eruptiones ac catarrhos inducunt. *Sect.* 5, *aph.* 24.

VI.

Mulieri, menstruis deficientibus, è naribus sanguinem fluere, bonum. *Ibid.*, *aph.* 33.